

Birthe Hucke | Andreas Hörstgen

Zielorientiert leiten !

Management für
Therapieleitungen in Einrichtungen



Schulz-
Kirchner
Verlag

Birthe Hucke und Andreas Hörstgen

Zielorientiert leiten!

Management für Therapieleitungen in Einrichtungen

Die Autoren



Birthe Hucke

Jahrgang 1971; Ergotherapeutin B.Sc., Diplom-Sozialwirtin (FH), M.A. Sozialmanagement

Nach ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin 1994 arbeitete sie zunächst im Bereich Neurologie, bevor sie 2003 die Therapieleitung des Reha-Zentrums des Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums in Bochum übernahm. Erste Leitungserfahrung sammelte sie als stellvertretende Bereichsleitung der Ergotherapie, die letzten 15 Jahre war sie für ein the-

rapeutisches Team mit bis zu 75 Therapeuten verschiedener Berufsgruppen zuständig. Berufsbegleitend erwarb Birthe Hucke den Bachelor-Abschluss in Ergotherapie an der FH Hildesheim und einen Diplom- und Masterabschluss im Bereich Sozialmanagement an der FH Münster. 2011 schloss sie eine Weiterbildung zum Systemischen Coach ab. Seit 2002 ist sie Referentin für die Themengebiete Management, Qualitätsentwicklung und ICF. Für den Deutschen Verband der Ergotherapeuten ist sie seit 2002 schwerpunktmäßig für den Fachausschuss für Angestellte ehrenamtlich tätig.



Andreas Hörstgen

Jahrgang 1966; Ergotherapeut

Nach seiner Ausbildung zum Ergotherapeut 1991 war er zunächst in einem Pflege- und Therapiezentrum beschäftigt, bevor er 1993 in den Bereich der Früh-Rehabilitation der Schädel-Hirn-Traumatologie wechselte. Über 18 Jahre war er Leiter der Ergotherapie einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik. Aktuell arbeitet Andreas Hörstgen in der Akutgeriatrie. Seit 2002 ist er ehrenamtlich im Deutschen Verband

der Ergotherapeuten tätig, zunächst im Fachausschuss Neurologie, dann im Fachausschuss für Angestellte. Im Rahmen seiner Fachausschusstätigkeit ist er auch als Referent für arbeitsrechtliche Themen aktiv.

Birthe Hucke und Andreas Hörstgen

Zielorientiert leiten!

Management für Therapieleitungen in Einrichtungen



**Schul-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2018

ISBN Print 978-3-8248-1233-2

eISBN 978-3-8248-9936-4

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2018

Mollweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel

Fachlektorat: Reinhild Ferber

Lektorat: Susanne Koch

Layout: Ina Richter

Titelbild: © WunderBild – fotolia.com

Druck und Bindung:

TZ-Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Autoren und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Autoren bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhalt

1	Einführung/Grundlagen/Ausgangspunkt	7
2	Finanzierungsgrundlagen und wirtschaftliche Legitimation von Therapieleistungen	10
3	Kennzahlen	32
4	Kostendeckung/interne Leistungsverrechnung	39
5	Budgetverantwortung	47
6	Personalbedarf	54
7	Personaleinsatzplanung	72
8	Arbeitsrecht	86
9	Praktikanten/Hospitanten	108
10	Dokumentation und Leistungserfassung	113
11	Führung/Führungsverständnis in (komplexen) Einrichtungen	122
12	Kommunikation	129
13	Zusammenarbeit im Team und Zusammenarbeit von Leitung und Team	140
14	Arbeitssicherheit	146
15	Hygiene/Infektionsschutz	158
16	Qualitätsmanagement	166
17	Standardisierung/Prozesse und Veränderungen gestalten	185
18	Behandlungskonzept	195
19	Aktuelle fachliche Entwicklungen integrieren/ neue Arbeitsfelder	200
20	Abschluss: Warum Leitung?	203

Anhang

Abkürzungen	205
Gesetze/Verordnungen	207
Literatur	208
Literatur zum Weiterlesen (jeweils zu den Kapiteln)	209
Fachzeitschriften – Beispiele	213
Internetadressen	214
Interessante Newsletter	217

Genderhinweis

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Buch vorwiegend die männliche Form bei Personen verwendet. Selbstverständlich sind stets alle Geschlechter gemeint.

1 Einführung/Grundlagen/Ausgangspunkt

Warum haben wir uns überlegt, ein Fachbuch zum Thema „Therapeutische Leitung in Einrichtungen“ zu schreiben? Was ist hier so anders oder besonders, dass vorhandene Literatur es nicht abdeckt?

Im Rahmen von Seminaren und Beratungen haben wir festgestellt, dass sich eine Leitungstätigkeit in einer Einrichtung in vielen Punkten von der Leitung einer Therapiepraxis unterscheidet. Denn eine therapeutische Abteilung ist Teil eines häufig insgesamt sehr komplexen Systems mit vielen Schnittstellen. Es gibt also einerseits die Abteilung an sich, dann die Abteilung als Teil der Einrichtung und letztlich auch die Abteilung und die Einrichtung in einem Umfeld.

Mal sind die Therapien einzelnen Bereichen (z. B. Fakultäten, Stationen) zugeordnet, häufig aber auch zentral organisiert. Dann ist die Therapieabteilung (bestehend aus Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und ggf. weitere) in der Regel quer zu den üblichen Organisationsstrukturen der Einrichtung eingeordnet, da sie interner Dienstleister für verschiedene Bereiche ist, was für eine erhebliche Anzahl von Schnittstellen sorgt. Dabei kann die organisatorische Ein- und Zuordnung in der Hierarchie der Einrichtung sehr variieren. Oft steht die Therapieabteilung direkt oder indirekt unter ärztlicher Leitung, manchmal ist sie aber auch der Pflege oder anderen Bereichen zugeordnet. Auch kann die interne Differenzierung der Therapieabteilung sich unterschiedlich gestalten, z. B. berufs- oder bereichsspezifisch (→ siehe Abb. 1).

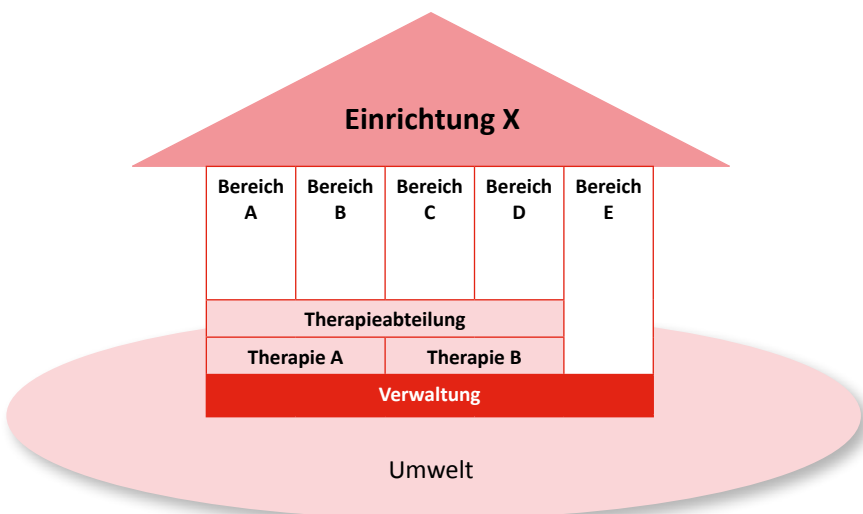


Abb. 1: Organisatorische Einordnung einer Therapieabteilung (Beispiel)

Dazu kommt, dass eine Abteilungsleitung sehr unterschiedlich ausgeführt wird. Eine Vorgabe, wie Abteilungen zu leiten sind, gibt es nicht. Damit variiert auch das Aufgabenspektrum stark.

Manche Abteilungsleitungen sind „nur“ Ansprechpartner für fachliche Fragen, andere haben die volle organisatorische Verantwortung für die Personaleinsatzplanung und Personalführung oder auch Budgetverantwortung etc. Selbst innerhalb des Therapiebereichs gibt es möglicherweise unterschiedliche Leitungsbereiche: Gesamtleitung aller Therapiebereiche, Leitung eines Therapiebereichs (Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie) oder Leitung eines Teilbereichs innerhalb einer Berufsgruppe). Entsprechend wichtig ist es, die Zuständigkeiten und Befugnisse und auch die Entscheidungswege zu klären. Unklarheiten bei Zuständigkeiten und Entscheidungsbefugnissen sowie Intransparenz sind ein häufiges Problem im Leitungsaltag. Zudem erfordert die „Sandwichposition“ hohe Kommunikationskompetenz und strategisch-politisches Handeln. Als Leitung agiert man zwischen Mitarbeitern und eigenem Vorgesetztem und möglicherweise sogar weiteren Hierarchiestufen. Häufig geht es darum, Fachliches an Nicht-Therapeuten zu vermitteln und dabei betriebswirtschaftliche Argumente zu nutzen, um die Belange der Abteilung zu vertreten. Andererseits müssen die betrieblichen, häufig komplexen Rahmenbedingungen, Prozesse und Entscheidungen an Therapeuten vermittelt werden, die diesen Themen gegenüber weniger aufgeschlossen sind oder sie weniger nachvollziehen können.

Auch für Therapieleitungen selbst sind diese organisatorischen, strukturellen und wirtschaftlichen Themen häufig eine Herausforderung, da sie sich hier Fachwissen und Kompetenz erarbeiten müssen, welche außerhalb ihrer Ausbildung und Erfahrung liegen. Auch ein (therapeutischer) Hochschulabschluss ist hier nur bedingt hilfreich. Typisch therapeutische Kompetenzen wie Empathie, Kommunikationsfähigkeit o. ä. sind weniger gefragt bzw. müssen aus einem anderen Rollenverständnis heraus genutzt und eingesetzt werden.

Gerade wirtschaftliches Denken und Handeln sind auch in Einrichtungen mittlerweile die zentralen Themen, die bei allen Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Sie betreffen alle Unternehmensbereiche und erreichen so auch die Therapieabteilung, die ihre Handlungen immer auch aus wirtschaftlicher Sicht rechtfertigen muss. Damit ist die fachliche therapeutische Kompetenz im Rahmen der Leitungstätigkeit nicht mehr von so hoher Bedeutung wie früher: Die Therapieleitung muss nicht der beste Behandler sein, dafür sind andere Kompetenzen wie analytisches Denken, Argumentationsfähigkeit oder strategisches Geschick gefragt.

Für spezielle Themen wie Personalbedarfsberechnung, Leistungserfassung/ Dokumentation u. ä. gibt es weder im Bereich der Therapiepraxen noch in der Pflege oder ähnlichen Berufsgruppen Literatur, die mehr als Denkanstöße liefert. Zudem ist ein Teil der Probleme oder Herausforderungen stark von der Gesamtstruktur oder Gesamtkultur der Einrichtung geprägt, sodass hier systemisch orientierte Betrachtungsweisen häufig sehr sinnvoll und hilfreich sind.

Vor diesem Hintergrund haben wir nun die verschiedenen Themen und Aufgabenbereiche einer Therapieleitung unter dem Blickwinkel einer Leitungssituation in einer (komplexen) Einrichtung aufbereitet. Dabei geht es uns zum einen darum Hintergrundwissen zu vermitteln und zum anderen darum praktische Anregungen zu geben. Manche Aspekte mögen in einer Therapiepraxis ähnlich sein – hier haben wir versucht, uns eher kurzzufassen – anderes soll entsprechend mehr Raum bekommen.

Der Schwerpunkt in diesem Buch liegt beim Setting Klinik/Reha-Klinik, zumal dies das sicherlich häufigste Tätigkeitsfeld von Therapieleitung ist, aber wir werden versuchen, auch andere Einrichtungsarten (wie Pflege-/Wohneinrichtungen, pädagogische Einrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen [WfBM] und ähnliche Arbeitsfelder) im Blick zu behalten und in die Beispiele mit einzu beziehen.

Therapieleitung hat zudem auch immer etwas mit persönlichem Führungsstil und Werten zu tun. Wir betrachten die Situation der Therapieleitung mit der Haltung eines eher partizipativen und mitarbeiterorientierten Führungsstils, da er aus unserer Sicht und Erfahrung in therapeutischen Zusammenhängen am häufigsten zum Tragen kommt und auch den Erwartungen und Ansprüchen der Mitarbeiter am meisten entspricht. Dieses Führungsverständnis ist andererseits im Umgang mit stark hierarchisch geprägten Einrichtungen für die Führungskraft selbst nicht immer einfach zu leben, da sie selbst in der Einrichtung oft ganz anders eingestellten Personen in Leitungsfunktion begegnen wird.

Insgesamt ist das Tätigkeitsfeld einer Therapieleitung von vielen doch recht speziellen Aspekten geprägt und fordert den Stelleninhaber immer wieder neu heraus. Dieses Buch soll daher eine Hilfestellung im praktischen Alltag einer Therapieleitung sein und Anregungen für Problemlösungen bieten.

2 Finanzierunggrundlagen und wirtschaftliche Legitimation von Therapieleistungen

Finanzierungsgrundlagen zu verstehen ist ein wichtiger Aspekt bei der Wahrnehmung der Aufgaben als Therapieleitung. Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist der zentrale Punkt, wenn es darum geht, welche Handlungs- und Gestaltungsspielräume es gibt. Denn in der Regel legt die wirtschaftliche Seite den Handlungsrahmen fest. Dabei ist es egal, ob es um den Personalbedarf geht oder um Arbeitszeitgestaltung, ob es um die Therapiedauer geht oder die Materialbeschaffung und Investitionen.

Häufig wird die therapeutische Arbeit in Einrichtungen als erheblicher Kostenpunkt betrachtet und die Notwendigkeit und der Nutzen müssen sehr klar dargestellt werden, wenn therapeutische Arbeit ihren Raum bekommen oder erhalten will. Dabei geht es mindestens genauso sehr, wenn nicht sogar mehr, um den wirtschaftlichen Nutzen bzw. die wirtschaftliche Notwendigkeit für die Einrichtung wie um qualitative Aspekte.

Bei der Finanzierung sind die Rechtsgrundlage und damit verbunden die Vorgaben der Kostenträger relevant. Die Einrichtungsart (Klinik, Reha, Pflegeeinrichtung, betreutes Wohnen, WfBM, Kindergarten/Schule etc.) spielt eine Rolle, ebenso wie die Frage, ob es um stationäre oder ambulante Leistungen geht. Zum Teil hat auch die fachliche Ausrichtung der Einrichtung (Somatik, Psychiatrie) Einfluss auf die Finanzierung.

Grundsätzliche Merkmale des Gesundheitswesens

Die demografische Entwicklung gemeinsam mit der Entwicklung medizinischer Möglichkeiten sorgt dafür, dass einerseits der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt und sich andererseits die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung verbessern. Mehr ältere Menschen bedeuten in der Regel mehr kranke Menschen. Bessere medizinische Möglichkeiten bedeuten in der Regel teurere Maßnahmen. Beides sorgt für steigende Kosten im System. So zeigt sich beispielsweise auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts, dass 49,8 % der Krankheitskosten im Jahr 2015 für Menschen über 65 Jahre ausgegeben wurden.¹

1 <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html>

Dazu kommt, dass sich auch bei den Leistungsempfängern eine steigende Erwartungshaltung zeigt. Es wird erwartet, dass kostspielige Diagnostik eingesetzt wird und modernste Verfahren zum Einsatz kommen. Auch das Motto „Viel hilft viel“ ist weit verbreitet.

Auf der anderen Seite entwickeln sich die zur Verfügung stehenden Geldmittel in die andere Richtung, da die Finanzierung in weiten Teilen durch die arbeitende Bevölkerung über Sozialabgaben und Steuern erfolgt und dieser Anteil der Gesellschaft prozentual sinkt.

Ein weiteres Problem ist die geringe Vernetzung der Sektoren des Gesundheitsbereichs. Akutversorgung, Rehabilitation und (ambulante) Nachsorge haben eigene (Finanzierungs-)Systeme. In der Regel hat jeder Sektor nur das im Blick, was bis zur Entlassung der Patienten aus seinem System relevant ist. Das ist betriebswirtschaftlich korrekt. Nur wenige denken langfristig bzw. nachhaltig, was volkswirtschaftlich sinnvoll wäre. Auch sind Einrichtungen des Gesundheitswesens häufig gekennzeichnet durch lange gewachsene und feste Strukturen, die sehr träge und zäh auf Veränderungen reagieren (können). Insgesamt ist das System ärztlich geprägt, d. h., der Arzt übernimmt die Steuerung und Verantwortung für den Prozess. Dabei hat er oft wenig Einblick in die tatsächlichen Möglichkeiten und Kompetenzen oder auch die Entwicklungen in den angrenzenden Fachdisziplinen, für deren Steuerung er zuständig ist. Auch betriebswirtschaftliche Aspekte hat er in der Regel nur begrenzt im Blick.

Der (politische) Einfluss der Therapieberufe im Gesundheitswesen ist sehr begrenzt. Haupteinflussnehmer im Gesundheitswesen sind ärztlich geprägte Gremien wie die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) bis hin zu ärztlichen Fachgesellschaften oder Vertretern der Kostenträger wie der Deutschen Rentenversicherung, dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Die Therapieberufe haben über ihre Berufsverbände in der Regel maximal Anhörungsrechte, aber keine direkten Einflussmöglichkeiten.

Finanzierung von Gesundheitsleistungen

Hier gibt es zwei grundlegende Prinzipien: Zum einen kommen Pauschalen zur Anwendung. Diese führen zu dem Anreiz der Leistungsminderung (= „Möglichst wenig Leistung bringen und dennoch den gleichen Betrag erhalten“). Ein Beispiel hierfür sind die Fallpauschalen in der Akutklinik.

Zum anderen gibt es die Abrechnung von Einzelleistungen, was den Anreiz zur Leistungsausweitung gibt („Je mehr man macht, desto mehr Geld bekommt man“ – sofern die Leistung an sich kostendeckend erbracht werden kann). Ein Beispiel hierfür sind z. B. Heilmittelverordnungen.

In der Regel gibt es bei beiden Verfahren Regulationsmechanismen, z. B. Mindestanforderungen oder Qualitätskriterien bei den Pauschalen (s. Tab. 1 auf Seite 18) oder Begrenzungen in der Leistungsmenge bei den Einzelabrechnungen wie die maximale Verordnungsmenge im Rahmen der Heilmittelrichtlinien (HMR – s. DVE, 2017).

Ein weiteres Merkmal bei der Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist, dass die Finanzierung über das Solidarsystem oder Versicherungen beim Leistungsempfänger häufig zu spezifischem Verhalten führen.

Im Rahmen der Privaten Krankenversicherung ist der Leistungsempfänger noch am direktesten in das Prozedere eingebunden, da er als direkter Vertragspartner für die Leistungserbringer auftritt und diese auch bezahlt. Die eingesetzten finanziellen Mittel bekommt er von seiner Versicherung erstattet. Der Umfang der Versicherung ist dabei zwischen Versicherung und Patienten zumindest in Teilen verhandelbar, häufig (aber nicht immer) liegt das Leistungsspektrum oberhalb dem der gesetzlichen Versicherung. Typischerweise ist das Anspruchsdenken bei einer Versicherung davon geprägt, dass man „das, was man versichert hat, auch so intensiv wie möglich nutzen möchte, das Beste ist dabei gerade gut genug“.

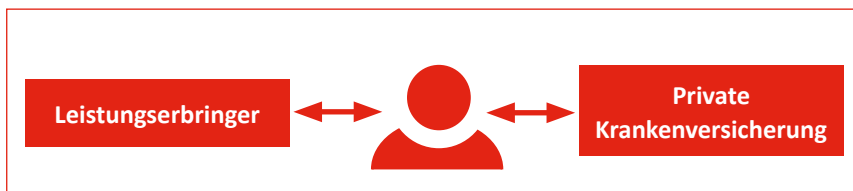


Abb. 2: Dyade (PKV): Patient ist jeweils Vertragspartner; keine direkte Verbindung zwischen Leistungserbringer und PKV

Im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (und auch im Bereich der Rentenversicherung) besteht ein Dreiecksverhältnis, wobei die Verbindung der einzelnen Elemente (Leistungserbringer, Kostenträger, Patient) nur in eine Richtung besteht. Der Leistungserbringer erbringt Leistungen im Auftrag des Kostenträgers für den Patienten. Dabei bezahlt der Kostenträger diese Leistungen. Der Patient leistet seinen festgelegten und weder finanziell noch inhaltlich verhandelbaren Beitrag im Rahmen seiner Sozialabgaben oder er ist ohne direkte Beiträge (familienversichert) über die Solidargemeinschaft mitversichert. Auch der Inhalt des Leistungsspektrums ist für den Patienten nicht beeinflussbar.

Dabei führt einerseits die Unkenntnis über Kosten im Gesundheitsgeschehen (die Abrechnung sieht der Patient ja nie) oder der Gedanke (ähnlich wie bei Privatversicherten) „Ich will auch was von meinen Beiträgen haben“ zu einem gewissen Forderungsverhalten. Das Solidarprinzip, das zugrunde liegt, gerät in Vergessenheit.



Abb. 3: Dreiecksverhältnis (GKV)

Bei den Unfallversicherungsträgern kommt noch eine zusätzliche Komponente dazu. Es gibt nicht nur Leistungserbringer, Kostenträger und Patient, sondern auch noch den Arbeitgeber (bzw. öffentliche Verwaltungen), der über seine Beiträge das System finanziert und so als Auftraggeber Einfluss auf das Geschehen nimmt. Einerseits ist der Auftrag der Unfallversicherungsträger „Heilen und Helfen mit allen geeigneten Mitteln“ sicherlich geeignet, eine hochwertige Gesundheitsleistung zu generieren und zu finanzieren. Andererseits ist die aktive Beteiligung und Unterstützung am Genesungsprozess aufseiten des Patienten ein zentraler Beitrag bzw. eine Voraussetzung, dass dies auch zum Einsatz kommt. Die gesetzliche Unfallversicherung kommt nur dann zum Tragen, wenn es sich um eine Berufskrankheit oder einen Arbeits-/Wegeunfall handelt. Außerdem ist sie für einige Maßnahmen im Rahmen der Prävention zuständig.

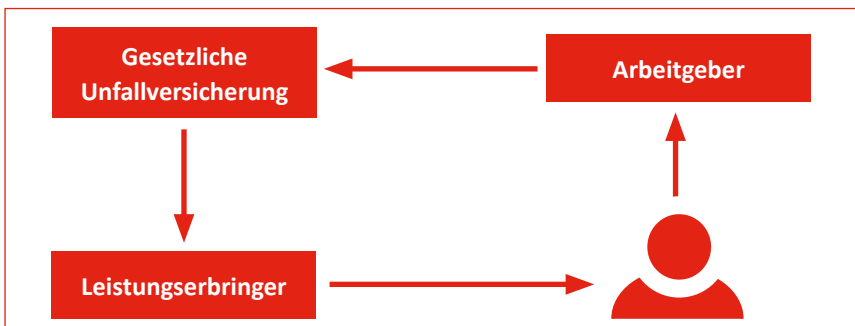


Abb. 4: Vierecksverhältnis (DGUV)



Die gesetzliche Krankenversicherung ist in Deutschland insofern eine Pflichtversicherung, weil Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe (2018 liegt die Beitragsbemessungsgrenze bei brutto 53.100 €/Jahr) diese Versicherung nicht umgehen können. Es besteht Wahlfreiheit bei der Wahl der Krankenkasse. Der Beitragssatz wird gemeinsam von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen, ist allerdings nicht mehr wie früher paritätisch verteilt, sondern zulasten des Arbeitnehmers verschoben. Die Familie des Arbeitnehmers ist, sofern sie kein eigenes Einkommen hat, in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert.

Menschen, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze liegt, oder Selbstständige können sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei einer privaten Krankenversicherung versichern oder als Selbstzahler auftreten.

Beamte sind in Beihilfetarifen der privaten Krankenversicherung versichert. Sie erhalten keinen direkten Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung, stattdessen wird ihnen der Großteil der Gesundheitskosten von der Beamtenbeihilfe zurückerstattet, sodass sie nur einen geringen Anteil privat absichern müssen.

Soldaten sind während ihrer Dienstzeit bei der Bundeswehr nicht krankenversicherungspflichtig. Sie erhalten durch den Dienstherrn unentgeltliche truppenärztliche Versorgung – diese erfolgt in der Regel in bundeswehreigenen Einrichtungen. Sie kann im Einzelfall auch außerhalb durchgeführt werden, dann muss jeweils eine Kostenübernahmeerklärung vorliegen.

Für **Sozialhilfeempfänger, die keine Krankenversicherung haben**, besteht im Falle von Krankheit oder sonstigem medizinischem Behandlungsbedarf ein Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit nach SGB XII, Kap. 5.

Asylsuchende sind grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert, sondern haben im Krankheitsfall Ansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). In Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status definiert das Gesetz unterschiedliche Leistungsniveaus.

Zuständigkeit für Gesundheitsleistungen

Wer wann für welche Leistung und Personengruppe zuständig ist, ist gesetzlich geregelt. Die Akutversorgung ist in jedem Fall über die zuständige Krankenversicherung des Patienten abgesichert. Im weiteren Verlauf erfolgt eine Überprüfung der Kostenübernahme. Dabei haben Leistungen, die zulasten der Unfallversicherung und der Sozialen Entschädigung (betrifft Opfer von Gewalttaten, Wehrdienst-/Zivildienstgeschädigte, Impfgeschädigte, Opfer staatlichen Unrechts in der DDR) erbracht werden müssen, Vorrang vor denen anderer Träger. Wenn kein Arbeitsunfall oder ein sozialer Entschädigungsfall vorliegt und die leistungsberechtigte Person erwerbstätig ist, ist in der Regel die Rentenversicherung für Leistungen der medizinischen Rehabilitation zuständig. Die Leistungen der Rentenversicherungen haben Vorrang vor denen der Krankenkasse. Ist eine Person nicht erwerbstätig bzw. erfüllt sie (noch) nicht die versicherungsrechtlichen und persönlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung ist die Krankenversicherung zuständiger Reha-Träger. Da mittlerweile so gut wie jede Person in Deutschland krankenversichert ist, kommt der Sozialhilfe als Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation mittlerweile kaum noch eine Bedeutung zu.

Das gleiche Prinzip gilt für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Werden die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht erfüllt, ist die Bundesagentur für Arbeit zuständig.

Sofern kein Arbeitsunfall oder ein sozialer Entschädigungsfall vorliegt, ist im Bereich der sozialen Teilhabe und der Leistungen zur Teilhabe an Bildung grundsätzlich der Träger der Sozialhilfe zuständig. Bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen ist der Träger der Jugendhilfe vorrangig zuständig.

Finanzierung im Krankenhaus

Die rechtliche Grundlage für Krankenhausbehandlung einschließlich notwendiger therapeutischer Leistungen ergibt sich aus dem SGB V § 39 Abs. 1²:

„Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege



2 Alle in diesem Buch genannten Gesetze können nachgelesen werden unter: www.gesetze-im-internet.de

erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. [...]"

Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland nach dem dualen Prinzip. Die Betriebskosten, also die Kosten, die im Rahmen der Patientenbehandlung entstehen, werden durch die Krankenkassen/Versicherungen finanziert. Die Investitionskosten, also Umbau- und Baumaßnahmen oder Verbesserung der Infrastruktur und Ausstattung, werden über die Länder finanziert bzw. bei nicht öffentlichen Krankenhausträgern ist der Krankenhausträger an der Finanzierung der Investitionskosten beteiligt, muss diese also erwirtschaften.

Krankenkassen sind nur dann als Kostenträger zuständig, wenn das Krankenhaus im Rahmen der Krankenhausplanung im Landeskrankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen ist. Hier werden auch die Bettenzahlen der Kliniken festgelegt. Bei Kliniken, die Patienten mit körperlichen Erkrankungen behandeln, erfolgt die Vergütung im Rahmen des DRG-Systems (s. u.). In der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik gilt das Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) mit dem PEPP-System (s. S. 20), dessen Entwicklung/Umsetzung bis 2024 abgeschlossen sein soll. Aus wirtschaftlichen Erwägungen haben diese Verfahren die tagesgleichen Pflegesätze abgelöst. Bei den tagesgleichen Pflegesätzen wurde früher klinikweise ein Tagessatz ausgehandelt, der unabhängig von der Diagnose oder der Fachabteilung für jeden Tag des stationären Aufenthaltes eines Patienten galt. Für einen leicht erkrankten Patienten wurde also der gleiche Satz wie für einen schwer erkrankten Patienten durch die Krankenkassen bezahlt. Lediglich durch die Verweildauer haben sich die jeweiligen Erlöse unterschieden. Der Effekt bei den tagesgleichen Pflegesätzen war der, dass es für die Kliniken wirtschaftlich interessant war, möglichst mehr leicht erkrankte als schwerkranke Patienten zu behandeln und die jeweiligen Patienten möglichst lange stationär zu halten, da insbesondere die letzten Tage des stationären Aufenthaltes von wenig(er) Aufwand geprägt waren.

Das DRG-System (Diagnosis Related Groups) ist ein **Fallpauschalensystem**. Der Fallpauschalenkatalog enthält etwa 1.200 Diagnosen/Diagnosegruppen (= DRGs), hinter denen jeweils ein pauschales Entgelt steht. Eine DRG ist dadurch festgelegt, dass inhaltlich ähnliche Diagnosen mit nahezu gleichem Behandlungsaufwand zu-

sammengefasst wurden. Die Diagnose und ggf. Nebendiagnosen werden dabei über die ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme³) und die zentralen Behandlungsleistungen über den OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel/Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin⁴) erfasst. Dazu gibt es ein paar zusätzliche Faktoren, wie z. B. das Alter des Patienten, Beatmungspflicht o. ä., die ebenfalls berücksichtigt werden. Diese Pauschale wird dann unabhängig vom tatsächlichen Aufwand dem Krankenhaus bezahlt. Die Pauschale wird dabei in den verschiedenen Bundesländern über den sogenannten Landesbasisfallwert unterschiedlich faktorisiert. Der Landesbasisfallwert wird jährlich zwischen den Krankenhausgesellschaften und den Krankenkassen auf der Ebene der Bundesländer ausgehandelt. Außerdem wirkt sich auch der sogenannte Case-Mix-Index (CMI) einer Einrichtung aus. Der CMI berücksichtigt, dass unterschiedlich schwere Fälle in Einrichtungen sind, sodass beispielsweise Universitätskliniken mit Maximalversorgung einen erhöhten Faktor abrechnen können. Im Rahmen der Ermittlung des CMI können therapeutische Leistungen relevant sein. Neben den Fallpauschalen gibt es noch für bestimmte Leistungen Sonderentgelte, z. B. für bestimmte Operationen.

Damit das Fallpauschalensystem die Krankenhäuser nicht dazu verleitet, die Leistungsinhalte über das Maß zu minimieren oder die Aufenthaltsdauer zu reduzieren, gibt es Vorgaben wie z. B. die Mindestverweildauer je DRG, die eingehalten werden muss, wenn keine Abschlüsse hingenommen werden sollen. Außerdem ist das Krankenhaus verpflichtet einen Patienten, der aufgrund zu früher Entlassung wieder aufgenommen werden muss, dann nicht als neuen Fall, sondern als Weiterführung des alten Falles zu führen, sodass hier keine neue Vergütung erfolgt. Für Patienten, die nicht in der für die DRG vorgesehenen Zeit entlassen werden können, gibt es für den längeren Aufenthalt nur noch ein geringes zusätzliches tagesgleiches Entgelt.

Für das Krankenhaus wirtschaftlich zielführend ist es, wenn es gelingt, die Patienten mit möglichst wenigen Einzelleistungen so zu behandeln, dass sie kurz nach Erreichen der Mindestverweildauer entlassfähig sind. Der Aspekt „möglichst wenig Einzelleistungen“ führt häufig dazu, dass die Notwendigkeit von Therapie im Krankenhaus zur Diskussion gestellt wird. Therapie wird erst dann wirtschaftlich interessant, wenn sie (nachweislich) zu einer früheren Entlassung des Patienten beiträgt.

3 www.dimdi.de

4 www.dimdi.de

Daneben werden Therapieleistungen im Rahmen des DRG-Systems für eine Klinik auch relevant, wenn sie als sogenannte **Komplexleistungen** innerhalb des DRG-Systems erbracht werden. Diese Komplexleistungen gibt es für verschiedene Bereiche (z. B. Geriatrie, Neurologie, Schmerztherapie, Handtherapie etc.).

Tab. 1: Beispiele für Komplexleistungen mit therapeutischer Beteiligung. Diese und weitere Komplexleistungen und ihre vollständigen Definitionen finden sich im OPS 2018 im Kapitel 8, speziell 8–55ff und 8–97ff.

Codierung	Bezeichnung	Aussage bzgl. Therapie (Auszug)
8-550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	<p>Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie</p> <p>Bei 7–13 Behandlungstagen: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie</p>
8-97d	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und atypischem Parkinson-Syndrom	<p>Vorhandensein mindestens folgender Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie</p> <p>Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Sporttherapie, Logopädie, Künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Psychotherapie, patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen von mindestens 7,5 Stunden pro Woche, davon müssen 5 Stunden in Einzeltherapie stattfinden. Einer der eingesetzten Therapiebereiche muss Physiotherapie/Physikalische Therapie oder Ergotherapie sein</p>
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	<p>Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden)</p>

Codierung	Bezeichnung	Aussage bzgl. Therapie (Auszug)
8-988	Spezielle Komplexbehandlung der Hand	<p>Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Behandlung von Patienten aus der Handchirurgie</p> <p>Mindestens an 5 Tagen pro Woche durchgeführte Teambesprechung unter Einbeziehung des ärztlichen sowie physiotherapeutischen und/oder ergotherapeutischen Personals</p> <p>Einsatz von einem der Therapiebereiche Krankengymnastik, Physikalische Therapie und/oder Ergotherapie, ggf. patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen; insgesamt müssen mindestens 10 Behandlungen pro Woche erfolgen</p> <p>Zu den Mindestmerkmalen gehört auch der Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche, patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Individuelle Schienenanpassung für statische, dynamische oder kombinierte Schienen ▪ Gezieltes funktionelles Sensibilitätstraining ▪ (...)
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchführung von einer der folgenden Behandlungsmethoden: maschinelle Entstauungstherapie (z. B. Hydrovenbehandlung) oder Motorschienenbehandlung (CPM) oder Worksimulator
8-918	Multimodale Schmerztherapie	<p>(...) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. (...)</p>

Komplexbehandlungen generieren in der Regel höhere Erlöse, können aber nur dann abgerechnet werden, wenn bestimmte Kriterien erfüllt werden. Zu diesen Kriterien gehören häufig Therapieleistungen. Dabei sind die Art und der Umfang der Therapieleistungen in den einzelnen Komplexleistungen sehr unterschiedlich definiert (s. Tab. oben und Kap. 6 S. 64–66), sodass Klinikintern hier häufig Festlegungen zu diskutieren und zu treffen sind.

Das **PEPP-System** (= Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik) unterscheidet sich in der Grundlogik im Vergleich zur Somatik insofern, dass es keine diagnosebezogenen Fallpauschalen gibt, sondern diagnosebezogene Tagespauschalen. Es geht also um eine diagnosespezifische Differenzierung der bis dato bestehenden Tagespflegesätze. Aber auch hier werden ähnlich wie bei den Komplexleistungen (s. o.) Inhalte definiert, die für die Abrechnung eingehalten werden müssen. Diese Festlegungen bedeuten für viele Einrichtungen, dass sie (aus wirtschaftlichen Erwägungen) Behandlungsdauer oder Gruppengröße in der Therapie anpassen müssen.

Darüber hinaus hat im August 2016 das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) beschlossen. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei, dass ab 01.01.2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Personalausstattung stationärer psychiatrischer Einrichtungen mit neu festzulegenden Rahmenbedingungen gelten sollen. Eine Nichteinhaltung dieser Mindestanforderungen soll zu Budgetkürzungen führen. In diesem Zusammenhang wird häufig Bezug genommen auf die Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) von 1991. Problematisch ist dabei, dass die PsychPV nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten und Bedarfen entspricht, aber noch keine Alternative zur Festlegung von Personalmindestvorgaben vorliegt.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft anhand von konkreten Patientenfällen, ob die abrechnungsrelevanten Vorgaben eingehalten wurden. Eine sorgfältige Dokumentation hat daher einen hohen Stellenwert.

Für **Privatversicherte** erfolgt in Kliniken eine Abrechnung nach Einzelleistungen auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Hier sind therapeutische Leistungen nur insofern berücksichtigt, dass der ärztliche Aufwand an der Leistung abgerechnet wird. Therapie steht rechtlich gesehen unter ärztlicher Anordnung und Leitung, sodass hier mit jeder Therapieleistung eine abrechnungsfähige ärztliche Leistung entsteht. Da es dabei nicht um eine Abrechnung der therapeutischen Leistung an sich geht, erklärt sich auch der verhältnismäßig geringe Betrag.

Für die **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** gelten je nach Leistungsart (Akutversorgung oder Rehabilitationsleistungen) unterschiedliche Sätze. In der Regel Tagessätze, teilweise Einzelleistungsabrechnung (UV-GOÄ), aber teilweise auch schon Pauschalen. Dabei treffen die jeweiligen Kliniken Vergütungsvereinbarungen mit den Unfallversicherungsträgern. Kliniken, die Patienten der Unfallversicherung behandeln (wollen), müssen eine entsprechende Zulassung haben. Hier gibt es zwei grundlegende Verfahren: das

Schwerverletztenartenverfahren (SAV) und das Verletztenartenverfahren (VAV). Ein Spezialfall sind die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken, die in direkter Trägerschaft der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger stehen. Derzeit werden auch hier noch klinikspezifische Behandlungssätze verhandelt, im Rahmen der Konzernbildung der BG-Kliniken ist allerdings eine Vereinheitlichung zu erwarten.

SGB VII § 1 Prävention, Rehabilitation, Entschädigung

„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches

1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,
2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen.“



Neben der Akutversorgung gibt es spezielle Leistungen der Rehabilitation durch die Unfallversicherungsträger:

- KSR = Komplexe stationäre Rehabilitation
- BGSW = Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung
- ABMR = Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation
- EAP = Erweiterte ambulante Physiotherapie

Zu diesen Konzepten gibt es auch entsprechende Leistungsbeschreibungen (→ www.dguv.de), die auch Inhalt und Umfang der Therapieleistung definieren. Darüber hinaus gibt es für spezielles Klientel (wie z. B. Schwerbrandverletzte, Rückenmarkverletzte oder Schädelhirntraumatiker) Behandlungskonzepte inkl. Leistungsbeschreibungen, die direkt in der Akutversorgung auch therapeutisch ansetzen. Im Bereich der Unfallversicherungsträger ist der Wechsel von der Akutversorgung zur Rehabilitation nicht unbedingt mit einem Einrichtungswechsel verbunden.

Für Therapieabteilungen in Krankenhäusern können neben den stationären Leistungen auch **ambulante Leistungsangebote** relevant sein. Hier gibt es zwei Möglichkeiten der Umsetzung. Eine Möglichkeit ist die Gründung einer eigenständigen Praxis mit dem kompletten Zulassungsprozedere und den entsprechenden Auflagen. Es gelten dann für die Abrechnung der Therapieverordnungen auch die jeweils für die Praxen verhandelten Rahmenbedingungen und Gebührensätze. Es greift die Heilmittelrichtlinie (HMR – s. DVE, 2017). Bei einer Praxisgründung ist darauf zu achten, dass die ambulanten Leistungen so-

wohl räumlich als auch personell von den stationären Leistungen zu trennen sind. Entsprechend ist diese Möglichkeit in der Regel wenig sinnvoll oder nur in Kombination mit dem Outsourcing der gesamten Therapieabteilung.

So bleibt letztlich die „Abgabe von Heilmitteln aus dem Krankenhaus“ als Möglichkeit ambulanter, abrechenbarer Therapieleistungen durch das Krankenhaus. In diesem Zusammenhang wird oft der Begriff „Institutsambulanz“ verwendet. Dazu bedarf es keiner speziellen Zulassung, das Krankenhaus muss allerdings eine Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag zur Abgabe ambulanter Heilmittel aus dem Krankenhaus der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abgeben. Die zuständige Landeskrankenhausgesellschaft verhandelt den Rahmenvertrag und auch die Vergütungssätze mit den Krankenkassen. Diese liegen unter den Vergütungssätzen in der ambulanten selbstständigen Praxis. Argument hierfür sind die angenommenen Synergieeffekte durch die gemeinsame räumliche Nutzung und personelle Zuständigkeit von stationären und ambulanten Therapien. Bei Patienten, die über einen Unfallversicherungsträger versichert sind, gelten ebenfalls reduzierte Sätze. Bei der Abgabe von Therapieleistungen an Privatversicherte gibt es im Vergleich zu ambulanten selbstständigen Therapiepraxen keine Unterschiede. Bei allen Versicherungsträgern sind die abrechenbaren Leistungen nahezu identisch mit denen der ambulanten Praxen, eine Hausbesuchsmöglichkeit besteht nicht.

Finanzierung in der medizinischen Rehabilitationsklinik



Die rechtliche Grundlage für die medizinische Rehabilitation im Bereich der GKV findet sich im SGB V § 40:

„(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus [...], erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht [...]

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; [...]

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten nach § 9 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; [...] Leistungen nach Absatz 1 sollen für längstens 20 Behandlungstage, Leistungen nach Absatz 2 für längstens drei Wochen erbracht werden, es sei denn, eine Verlängerung der Leistung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich. [...]